

Al Comune di

Arzano

Anno scolastico 2017/2018

Il/La sottoscritto/a padre/madre
dell'alunno/a frequentante la classe.....sez.....
Scuola

CHIEDE

Che al/alla figlio/a venga somministrata la seguente dieta per:

-Allergia o intolleranza a

-Celiachia

-Obesità

-Diabete

-Favismo

-Fenilchetonuria

-Altro

.....(specificare)

Al riguardo allega certificazione medica che riporta anche la durata della dieta.

-Dieta per motivi etico-religiosi con l'esclusione dei seguenti alimenti:

.....(specificare)

(tale richiesta rimane valida per l'intero ciclo scolastico e non c'è bisogno di presentare certificazione medica).

I dati personali saranno trattati in conformità al DLgs. 196/2003 (art.13).

Data.....

Firma

.....